Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

POLICY DIALOGUE NO. 11

Globalization and Canada's Healthcare System

University of British Columbia
Vancouver, British Columbia

SEPTEMBER 19, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Chair:

Prof. John Gilbert of UBC

Participants:

Dr. Scott Sinclair,
Canadian Centre for Policy Alternatives

Dr. Marina Morrow,
BC Centre for Excellence in Women's Health

Dr. Ronald Labonte,
Faculty of Community Health and Epidemiology at the University of Saskatchewan

Dr. Susan Harris,
Faculty of Medicine and School of Rehabilitation Sciences,
University of British Columbia

Dr. Robert Evans,
Department of Economics and Centre of Health Policy Research,
University of British Columbia

Dr. Jerry Spiegel,
Institute for the Study of Global Issues

The Policy Dialogue opened with a brief video that helped to put the issue of globalization in perspective:

Even though all the evidence is not in yet, there is general agreement that globalization will impact our health care system in much the same manner that it has impacted international economics and trade. But at this stage it is difficult to say how great the eventual impact will be, or whether globalization will be a negative or a positive influence on our national health care system. We certainly do not welcome the negative impacts such as the arrival of foreign diseases. On the other hand, we do benefit from medical treatments that have been developed abroad. Generally, so far at least, our health care system remains intact and unaffected by globalization. For the most part, Canadians get their health care here, and we in Canada see little evidence of health care shoppers coming here for care. Foreign ownership of our medical enterprises remains outside the norm.

But all of that could change as international trade treaties exert a growing influence on public policy. NAFTA and the GATS are primary examples. While neither of these specifically addresses our publicly-funded health care system, they could in future. What do the experts say? Lots, of course, but there is fundamental disagreement on the nature of that impact and its extent. We shall see if tonight's discussions can lead to some level of consensus.

A background paper on the issue of Globalization was prepared by the Canadian Health Services Research Foundation and it outlined three possible courses of action in this arena. Panelists at the Policy Dialogue presented on each of these courses of action before opening discussion to all panelists and audience participants.

Course of action #1
The federal government should protect our public medical system in all international trade negotiations

Presentation by Dr. Scott Sinclair:
I am sympathetic with the sentiments behind this proposed course of action, but I will argue that it should be restated to make it both clearer and stronger. Stating that the federal government should continue to protect medicare in all international trade negotiations implies that Canada"s health care system is adequately protected under existing treaties. Unfortunately, this is not the case. While Canada's health care system is partially shielded from the force of international trade treaties, there are important areas where it is exposed. This exposure will increase greatly if the commercialization of Canadian health care continues unchecked. As well, in referring to our "public" medicare system, the statement obscures the crucial point that the Canadian system is in fact a mixed system. The challenge is to ensure that the government's ability to closely regulate our entire health care system, including its public, private not-for-profit, and private for-profit components, is fully protected. Government must be able to shift this mix without fear of becoming entangled in trade disputes and trade sanctions.

I suggest that the proposition be rephrased as "the federal government should ensure that Canada's healthcare system is fully exempted under existing international trade agreements and in all future trade negotiations." There is a basic incompatibility between the precepts underlying Canada's health care system and the latest generation of free trade agreements. These treaties are designed to promote the freer flow, not simply of goods, but of services and investment facilitating international business by constraining and redirecting the regulatory ability of governments. These commercializing biases conflict with the fundamental public purpose of Canadian medicare: the provision of health care to all on the basis of need rather than ability to pay. This clash of fundamental principles could strand Canada's current health care system and undermine future reform.

Let me briefly turn to a few examples of friction between the black-letter law of trade treaties and health care priorities. The World Trade Organization (WTO) intellectual property rules, or TRIPS, require a minimum 20-year term of monopoly patent protection. Many health advocates are convinced that this onerous system of intellectual property is driving up drug costs and restricting the availability of affordable medicines to cope with health emergencies, such as the HIV pandemic. As a second example, in 1994 Canadian negotiators inexplicably covered health insurance under the WTO services agreement known as the General Agreement on Trade in Services (GATS). Consequently, if Canada expands its public health insurance system to cover new areas, it could face the GATS complaint from US or European governments on the basis that their private insurers were being denied market access to Canada.

Probably the most serious threat is that once US investors gains a foothold in the Canadian health care system, NAFTA's investment rules will make it more difficult and costly to reverse commercialization. NAFTA allows the US investor to sue directly before a NAFTA tribunal which has the power to award monetary damages for government measures that allegedly expropriate their investment. And NAFTA's tough expropriation rules apply fully to Canada's health care sector.

Canada's health care system is not fully exempted from existing international trade obligations. The federal government must do a much better job of protecting health care under

existing treaties and, of course, in any future negotiations, such as those which are now occurring on the GATS for a free trade area of the Americas. This will require changes to existing international treaties and more effective protection in any future treaties. Secondly, because of this exposure, Canadians must be very vigilant about preventing further commercialization of our health care system. Substantial involvement of foreign investors in our health care system will trigger trade treaty obligations that could make it far more difficult to reverse failed commercialization and to reform our health care system in the future.

Presentation by Dr. Marina Morrow:

Canadian politicians have repeatedly assured Canadians that they will not put essential social services like health and education on the trade negotiating table. Simultaneously, these same politicians have repeatedly stated their support for trade liberalization in order to create an economically competitive environment. They have aggressively pursued domestic policies that facilitate this through, for example, economic restructuring that results in cuts to health and other social services. The result is increased privatization of health services that fall outside of the Canada Health Act, as well as the decentralization of federal government authority, deregulation, and tax cuts. These contradictory positions have been the subject of debate and criticism from those concerned about the erosion of Canada's social services.

Often absent from this debate is a gendered analysis that takes into account the ways in which Canada's international trade agreements and internal policy directions are disproportionately affecting women. I have three key points to make. The first is that trade liberalization and health care are women's issues. The second is that Canada's involvement in the GATS and in NAFTA is putting public services at risk, a move that will disproportionately impact on women. Third, responsible use of the evidence that trade liberalization has deleterious effects on women, as well as the protection and enhancement of the Canada Health Act and Canada's commitments to gender equality, are key strategies for maintaining Canada's public health care system.

Trade liberalization takes place in, and is thus imbedded in, existing social inequalities, both national and international, and therefore has gender-differentiated effects with specific impacts on women. Women account for 80% of those providing paid and unpaid primary health care services. Women form the majority of recipients of health care and have higher morbidity rates than men. Women outnumber men as they age; three-quarters of our institutionalized elderly are women. Women are disproportionately poor, especially First Nations women, elderly women, single mothers, and women with disabilities. And women hold fewer decision-making positions with respect to health care and trade policy.

As Dr. Sinclair has already indicated, health services are not currently fully protected under GATS and NAFTA. Canada in fact has already committed health insurance to the GATS national treatment in market access rules. Under another article within the GATS known as the Governmental Authority Clause, health services are currently vulnerable to trade rules, especially areas like home-care and pharmacare which currently lie outside the Canada Health Act. In the case of NAFTA, the wording is unclear about whether health services are exempt. In GATS, market access rules and other regulations exacerbate this vulnerability by exposing the standards and licensing of health care facilities to "necessity tests," whereby standards have to be justified if they are seen as impediments to trade.

Perhaps the most worrisome clause of the GATS is article 19 on progressive liberalization, which compels governments into successive rounds of negotiations to further

liberalize services. The Canadian government has committed itself to this without regard for evidence that liberalization affects women and the rest of our population in the following ways: Women have less job security than men and are highly concentrated in part-time non-unionized positions. Women will be the most likely group to be unable to pay for supplementary health benefits through their work if health care costs become increasingly privatized. The practice of health care facilities contracting out services to private for-profit companies or public-private partnerships has often meant lower wages for women, poor working conditions, less human rights protections, and fewer benefits.

Finally, women bear the burden of care. With cutbacks to health services, women are increasingly taking on the role of hospitals in their paid work in the community and in their unpaid role as family caregivers. Finally, with the advent of the WTO, Canadian trade ministers now consult primarily with multinational corporations in making decisions about trade policy in a context where women are still dramatically under-represented in decision-making positions. This trend threatens to weaken the political gains that women have only recently begun to make.

So what strategies can we pursue to ensure that Canada maintains and strengthens its public healthcare system and its commitment to gender equality? First, we must recognize and use the existing evidence which shows that trade liberalization disproportionately impacts on women and continue to study the impact of trade agreements on public services. Secondly, we must demand full government transparency with respect to trade negotiations and the participation of oppositional voices at the table. Both the pros and cons of trade liberalization must be fully understood before decisions are made. Thirdly, we must protect the Canada Health Act and extend the values embedded in it to homecare and pharmacare. Fourthly, the Canadian government must safeguard all services in the public sector. One way of doing this with respect to the GATS is to reinterpret or amend the GATS article 1-3 to be self-defining -- governments should be allowed to exclude what they want in order to strengthen the public system. Finally, we must hold the Canadian government to its national and international commitments to global gender equality.

Arguments for increased trade liberalization and privatization often rest on the false assumption that economic growth is synonymous with improved health care and health care access, and that innovative exchanges of healthcare technology and expertise can only occur under a privatized system. I would ask the Commission to consider the evidence that already exists which illustrates that privatization erodes health care and labour standards, further ghettoizes already marginalized women workers, and puts the health of populations, especially women and children, at risk. By strengthening commitments to the Canadian Health Act and to gender equality, Canada can enhance its profile as a world-leader in quality, universally accessible health care.

Panel and audience discussion:

Panelists agreed that the mechanisms by which trade liberalization brings privatization are not always clear cut and straightforward. One important effect is to constrain the policy-making powers of domestic governments that redistribute wealth and ensure that public programs can be sustained. Bob Evans also raised the blanket way in which the word private is defined in trade agreements, placing the Canadian independent private physician responsible only to himself on the same plane as enormous American Hospital Corporations responsible to shareholders and financial markets. While profit-making is the main and perhaps only objective of the latter example, the private Canadian physician also has other objectives which relate to patients'

health.

"It is extremely important in regulating a country's healthcare system to be able to draw fine distinctions as to who is providing the care under what regulatory framework and on what terms. None of those distinctions are recognized in the WTO agreements." -- Robert Evans

The progressive intrusion of for-profit enterprises into health care systems places their management in the impossible position of having to continuously compound earnings while maintaining an efficient and effective healthcare system.

Do not limit our policy options today and in the future

Panelists stressed the need to revise our trade agreements quickly before foreign investors become more involved in our health care system. The exemptions contained in NAFTA do exclude government measures related to certain social services including health to the extent that they are for a public purpose, but they do not apply to the investment protection or expropriation provisions of NAFTA. Thus Dr. Sinclair's concern about American investment preventing, or making very costly, an eventual de-commercialization of Canadian health care in the event of a policy reconsideration down the road. Drug insurance or home care insurance companies with American investment could trigger a NAFTA case should the government decide to make these public.

"If foreign investment becomes more deeply entrenched, I think we can expect that government measures to expand the health care system to cover home-care or other sectors may result in trade litigation." -- Scott Sinclair

A number of participants felt that important paradigm shifts in the way health care was delivered in Canada, be they towards primary health care, women-centred health care, or prevention, needed to be discussed domestically and that trade liberalization in health care would limit the possibilities we could explore for our system and further entrench a product-oriented, patriarchal approach to health care. Bob Evans wondered whether globalization had already limited our sense of possibilities for reform, compared to what seemed possible five or 10 years ago.

The suggestion to work on a health compact with other countries with public health systems to preserve services that might otherwise be vulnerable to provisions of the GATS or NAFTA, was greeted with interest by a number of panelists. There might be some advantage to developing a collective stance of support for preserving the kinds of systems that Canada and other countries want to maintain to bring to trade negotiation sessions. This type of long-term strategy is being used to develop an international instrument recognizing the importance of cultural diversity in trade agreements.

Specific concerns

Several audience participants expressed concern that international trade agreements might threaten Canada's control of drug approval processes or penalize Canada for longer than average delays in approving new drugs. This was described as a new area for trade agreements, only in place since the mid-1990s, that had yet to have an important impact but that could hypothetically come into play.

The influx of American direct-to-patient television marketing was raised as one area where Canada was losing control over policy: we maintain a ban on DTC drug advertising in

policy but cannot enforce it on what the American networks send across the border.

In the area of disease prevention, Canada is already limited in efforts at tobacco control by rulings which restrict a country's ability to control advertising, which is defined as a service which cannot be protected. Food safety is another area where health protection and trade negotiations have clashed. As Ron Labonte said, "we haven't yet figured out at a global level what kind of architecture we need to put the kind of checks on the economic warfare aspects of globalization with compensating or reciprocating environmental or social obligations."

There was some concern also that trade agreements involving the harmonization of standards tended to converge on that standard that was least trade restrictive. If a country were to impose more stringent standards, the question of who would be responsible for imposing them, through testing or monitoring, remains unresolved.

As to the prospect of opening up opportunities for Canadian health facilities to attract customers from other countries ó the parallel of Canadian universities was raised ó and especially the US, panelists stated that first, only those who could pay for health care in the US would be able to pay for health care in Canada, so there would be no benefit to underserved Americans. Also, the Canadian system is taut enough that serving higher paying foreign markets would impose restrictions on access by Canadians.

> ***"If you could show that publicly funded universities were restricting access to Canadian students because they were spending all their time pursuing more lucrative markets abroad, then I think you'd have a perfect argument for restraining them."*** -- ***Robert Evans***

While many of Canada's commitments under existing trade agreements remain untested in the health care arena, participants were adamant about the need to act now in order to preserve policy options we are currently considering and may consider down the road.

Course of action #2
If a patient travels abroad to use a health care service that is either not available or not available on a timely basis in Canada, government should pay for the treatment

Presentation by Dr. Ron Labonte:
This is almost a straw person question because the Commission argues in its background paper quite reasonably that we already have a good system in place. We have a system for compensating people who need specialized and more immediate medical care, which is handled in a controlled and fiscally responsible way rather than having people go off willy-nilly into some kind of health care service in the US or in India and expect the provincial health insurance scheme to pay for it. The system is not perfect, and there are ever present disputes about what provincial health plans will cover, what individual doctors will recommend, and what individual patients think they should be entitled to. But I am not sure that opening up under the GATS Mode 2, which is about increasing consumption abroad, is going to solve that particular problem, and it could make it much worse.

Canada has not as yet committed to increasing people's ability to consume abroad in the GATS negotiations, but you never know what can happen in the horse-trading of negotiating rounds. The argument in favour of Canada opening up the cross-border flow of patients to services in other countries is that it prevents the up-front costs of developing major new facilities here in Canada by piggy-backing onto existing facilities in other countries. Here this primarily means piggy-backing on the highly inequitable US health care system and its terribly inefficient slack in hospital beds and inefficient over-supply of diagnostic facilities. That may work for Canadians in the short term but what does it do for all the uninsured Americans who cannot access that service themselves?

The best argument in favour of greater consumption abroad is that it can achieve an economy of scale for rare and costly procedures by concentrating these in higher income, more densely populated centres. If we have a rare problem, concentrate treatment it in some place where it makes economic sense to do so. However, we can deal with that right now without having to encourage increased consumption abroad.

Another rationale is that liberalizing trade and services abroad can save money by using services in developing countries. The example given in the Commission's paper is that liver transplants in India cost one-tenth of what they do in the US. The main problem I see with this is that while India is setting up these special private hospitals for foreign health tourists, they are removing physicians and nurses from their public systems or even their own private systems which are much more affordable to people within India. This is happening in other developing countries as well. Canada is a signatory to a lot of international statements such as the UN Declaration on Human Rights, part of which guarantees the right of people's access to health. Now, to what extent if we participate in a system that winds up denying access to health or healthcare on the part of other people to solve our own problem, are we in abrogation of some of the international treaty obligations and declarations we are signatories to?

We could decide right from the beginning that we would have consumption abroad but only under private health insurance. Then, of course, what we would be doing is further eroding the public system, increasing private financing as well as private delivery of health care systems. It would put what remained of that public system in ever greater trade dispute risk as Dr. Sinclair has pointed out, and it would allow the wealthy to queue-jump even more than they already do.

Presentation by Dr. Susan Harris:

I will speak as both a Canadian and US citizen, as both provider and consumer of health care. In 1965, as a Grade 12 high school debater in the US, I debated for the affirmative side in the national debate question that year of whether or not the US should have a socialized healthcare system. Realizing 25 years later that this question was going nowhere in the US, I moved to Canada in 1990 as a fit and healthy 42-year old. Having emigrated from the US, the most common question I got from my colleagues south of the border was, "So how is the Canadian healthcare system treating you? I hear there are very long wait times." To which I would respond, "It's a wonderful system. Even though I pay very high taxes, I believe that health care should be a universal right. Besides, you don't have to wait for anything important."

Four years later, I was diagnosed with breast cancer. It took a long and agonizing month to get through the diagnostic process to confirm that the tumour was malignant and another 10 days to get into surgery. You can imagine my horror when three weeks after completing surgery my oncologist told me that there would be a further six week wait before I could begin radiation treatments. Although he could quote studies stating that it was safe to wait four to eight weeks post surgery to start radiation, he could not cite any study saying it was safe to wait nine weeks. So I opted to drive from Vancouver to Bellingham, Washington, a one hundred mile round trip I made on 25 consecutive weekdays. Although BC paid for the radiation it did not cover my gas and loss of work time during those five weeks.

One of the arguments for paying for treatments abroad is that health care consumers want more opportunity to get care they need. We are not talking about cosmetic surgery here but about life saving radiation treatments that must be provided within a reasonable and safe window of time. "Client-centred care" is a concept we teach our undergraduate students in rehabilitation and is a value I held long before becoming a client myself. A critical element of client-centred care is informed choice on the part of the client. Consequently, a client-centred model would embrace the option of choosing to travel elsewhere for health care services that are not available in a timely manner in Canada. Another popular health care buzz-term right now is "evidence-based practice." Although my oncologist could cite evidence that waiting up to eight weeks to receive radiation would not diminish my life span or increase my risk for recurrence, there was no evidence at the time that waiting any longer was actually safe or prudent.

One of the arguments against is that medicare is already paying for some services abroad, only in a controlled and fiscally responsible way. Again, I will use my own health care experiences to exemplify this argument. In 1998, I was diagnosed with a second breast cancer, which was far more serious than the first. Had I still lived in the US, where I was covered by health care insurance through my university employers, I would have been offered high-dose chemotherapy plus a stem-cell transplant because I had positive lymph nodes. American friends and colleagues who have had less serious cases of breast cancer than I did were generally provided this expensive treatment at about $100,000 US each. In Canada at that time, stem-cell transplants were only offered as part of clinical trials in Alberta. The rationale was that there was not yet solid evidence that this treatment prolonged life in women with node-positive breast cancer. As a researcher myself, and an evidence-based practitioner, I could buy into this argument although I suspected that the cost of the procedure was another underlying reason it was not available in Canada. Nonetheless, I watched US colleagues go through this procedure and wondered if I would not have been better off remaining in the US. Then in May of 2000, a series of papers was presented at a major annual oncology meeting showing that there was no life-prolonging benefit of stem-cell transplants for women with breast cancer. Consequently, I

believe that the Canadian health care system acted in a controlled and fiscally responsible way and also in an evidence-based manner by not offering stem-cell transplants outside of clinical trials.

Panel and Audience discussion:
Robert Evans disagreed with Ron Labonte's claim that using excess American services would be depriving underprivileged Americans of health care. "The fact that there is excess capacity says that the access is already denied," he said. We may, however, have to decide whether we want to support health tourism to less developed nations that will erode the already inadequate health systems in underdeveloped countries. Dr. Scott Sinclair emphasized that consumption abroad - when a patient goes to another country to consume a health service - is regulated as a trade issue by commercial trade rules under GATS and the NAFTA services chapter, but that trade policy would not be able to deal with the moral issues of health tourism. Robert Evans also tied the vocabulary with the issue. Patients are people who have illnesses or injuries or health needs. Consumers are people who have money; and private markets respond to the interests of consumers.

> ***"We do have in our health care act at the moment the ability to go abroad for treatment. But my personal experience in BC has been that it is very Kafkaesque. My wife needed treatment that was not available in Canada. Her doctors sent letters with documentation to our provincial government requesting that she be allowed to go to a clinic in San Francisco. We have waited now for a year ó in the meantime going down to San Francisco at our own expense -- without hearing any response from our provincial government. There is a phone message answering service with nobody behind the message."-- Audience participant***

Panelists agreed that there were problems with the current system for reimbursing Canadians for care received abroad, but Ron Labonte emphasized that the solution was not to open borders under trade agreements. "We have to have better response systems from our public authorities to deal with some of the individual problems about gaining access," he said. Bob Evans suggested that the federal government could do more to uphold standards for waiting times and access to treatment abroad.

Course of action #3
The federal government should negotiate the free flow of healthcare professionals in international trade agreements

Presentation by Dr. Robert Evans:
This proposition confuses globalization as a process of contact with globalization as a change in the regulatory structure. Globalization in contact has always been with us, from spreading the Black Death across the world to the West Nile virus, to the transmission of new drugs, new surgical techniques, and new knowledge generally. But that is not what we are talking about.

What we are talking about in the present context is the fact that NAFTA and GATS have greatly expanded the influence of private enterprises on public policy, have expanded the rights of private entities, particularly private for-profit entities, and have correspondingly restricted the scope for action of governments.

When we think about movement of personnel in that context, Canadian physicians have been leaving Canada for as long as we have numbers. They have been drifting to the US in ebbs and flows. It is equally true that we have had people trying to come into Canada for a long time, which we have either encouraged or discouraged, according to the wisdom of the day. Regardless of what decisions we make now about the desirability of having foreign physicians come to Canada, why on earth would we want to tie our hands by putting this on the table for our trade negotiations, especially when it would leave us with absolutely no control over their qualifications.

Presentation by Dr. Jerry Spiegel:
Health equity is a value that resonates with Canadians concerned for maintaining universal access based on medical need rather ability to pay. We also have a commitment to global citizenship, so that when we look for remedies, we should not only look for ways to do no harm to Canadians but should consider the implications for those in need throughout the globe. Globalization truly can bring both good and harm. The sharing of knowledge and experience is being made increasingly feasible with new technologies. But if disparities are only exaggerated by greater interconnectivity globally, will potential benefits be realized by those in need? Or will the talent and skills disproportionately go to those who can pay?

This is my overwhelming concern with regard to the question of facilitating further free flow of health care professionals, something that is not explicitly covered by the trade agreements we have been discussing. The unrestricted free flow of physicians, in a context of global disparities, has produced what some have called a "medical carousel." Physicians from poorer developing countries like Uganda move to South Africa. Pakistani physicians move to the UK; UK and South African physicians move to Canada. Then Canadian physicians move to the US. South Africa has itself benefitted from the relocation of practitioners from even more difficult settings like Zambia, where it is estimated that 1,500 physicians are needed but only 800 are registered. The medical school in the capital, Lusaka, has trained over 600 Zambian graduates but only 50 are currently working in the Zambian public health service

In fact, the main arguments that would encourage us to promote medical migration are blatantly unethical. We would benefit from investments made elsewhere to produce skilled practitioners and not have to deal with shortages. In the Durban Declaration at the Second World Health Congress in 1997, calls were made for nations that were recruiting physicians from poorer countries to reconsider how their policies were affecting these disadvantaged countries.

Globally we need a clearer code of ethics before we even go on to consider measures to facilitate medical migration. There are some examples in this vein, such as the UK agreeing with Ghana to employ nurses only for specified periods and only in specialties approved by Ghana.

Clearly, if we were to pursue a strategy that considered the impact our actions had on other countries' ability to meet their needs, we would need to do better at developing the human resources we need for ourselves and not resort to poaching from countries where these needs exist and assets are few. If we ever get to a position where the disparities are significantly reduced, however, we might truly be in a position to encourage cross-border exchanges without the same degree of concern.

Panel and audience discussion:

Ron Labonte emphasized that globalization was not just about trade agreements, but also about our role in Canada as global citizens and what that means in terms of redistribution of global wealth. Aside from active poaching, there are also health professionals with no work in developing countries because there are not the resources to support a public health care system.

Medical migration costs developing countries directly. Ron Labonte cited an estimate that $ 500 million annually in training costs for these health professionals is lost when they are pulled or pushed into the North, an amount equal to 25% of the entire development assistance budget that wealthy countries give to poor countries for their health care systems.

All panelists felt that the point was not whether we should or should not be importing physicians, but whether we should preserve our capacity to decide on that now and in the future. Including health care professionals in our trade agreements would strip us of our power to make policy in this area. Policy would be dictated to us by the WTO. Decisions not only about what is good for Canada, but also about how we want to behave as global citizens, with regard to attracting health care professionals from less developed countries, would no longer be in our hands.

None of the panelists denied that there was much to gain from the trans-border movement of health care professionals, especially in training to gain exposure to practices elsewhere, but they all wanted to preserve the right for Canada to design policy in this area. "Whatever the merits of the particular policy decision might be about the trans-border movement of healthcare professionals, that should not be regulated at the international trade table," said Dr. Sinclair. They also felt that the values of health care -- acting in the interests of the population -- and those of the WTO -- acting in the interests of profit-making corporations -- were inherently incompatible.

"It's time we asserted our belief that uncontrolled market mechanisms are not what the Canadian health care system was built around. Those are the values that trade treaties are meant to promote and it's an inappropriate regulatory mode for something like health care."-- Dr. Scott Sinclair

Conclusions:

Panelists agreed that Canada's health care system is not fully protected under existing trade agreements and that, as a result, the first course of action should be strengthened to include provisions for specifically exempting health care from existing agreements. In trade agreements, as in cross-border services for Canadians and mobility of health professionals, participants were primarily concerned that we maintain the ability to shift domestic policy as needed, now and in the future.

Dr. Scott Sinclair argued that Canadian health care is already exposed to the force of trade agreements and that in order to keep our options for reform open into the future, government needs to make the required changes to existing treaties and ensure that Canada's healthcare system is fully exempted under existing international trade agreements and in all future trade negotiations. Until that was clarified, he felt we should stop any further commercialization of our health system to minimize our exposure to trade sanctions.

Dr. Rena Merle presented the protection of public health care in trade agreements as a women's issue. Women are overrepresented among providers of paid and unpaid primary care, among recipients of care, and among the socially disadvantaged. She also thought the proposition needed to go much farther, to demand government transparency in trade negotiations, the extension of the CHA to protect home care and pharmacare from commercial encroachment, and to amend the GATS agreement to allow government to define for themselves what will be excluded in order to strengthen public systems.

All participants called for government negotiation of trade agreements to become much more open to both public debate and input from those with specific expertise in public services. They wanted strong and effective exemptions for all aspects of healthcare to be obtained in international trade negotiations and especially in the GATS liberalization agreement. The 1995 inclusion of health insurance must be withdrawn. Many also felt that our current position under existing agreements is vulnerable enough that further commercialization of health care and foreign investment into our system must be stopped.

There was almost no support for liberalizing Canadian use of foreign health services, though some felt that we needed to improve the current, controlled system for obtaining services in individual cases. Ron Labonte felt that our existing system of reimbursing people for health services required abroad was reasonably good without encouraging more use abroad than was absolutely necessary. Susan Harris used personal experience with breast cancer to argue for greater access to treatment abroad when this treatment is not available in a timely manner in Canada. But she also warned that providing access abroad to treatments not yet approved in Canada, such as stem-cell transplants for node-positive breast cancer, could be expensive and risky: this procedure (used only experimentally in Canada) became very common in the US before it was shown not to improve life-expectancy in these women.

Neither were participants supportive of liberalizing the flow of health professionals across borders. There is already significant mobility and why would Canada want to give up its ability to design policy in this area. Robert Evans cautioned us not to confuse greater contact with changing rules in thinking about globalization. He asked why would we actively work to reduce our control over how many doctors come into Canada and what qualifications we expect them to have. Dr. Spiegel felt that the arguments that would encourage Canada to promote medical migration were blatantly unethical: any money we saved in having to train fewer health professionals here was money lost by another, less developed, country. He recognized the

advantages in skill development to be had from greater mobility, but thought that cross-border exchanges should be in the context of educational opportunities, not poaching. The advances made possible by the globe's greater interconnectedness should not be available only to those who can pay the most for them.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 11

La mondialisation et le système de soins de santé au Canada

Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

19 SEPTEMBRE 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient initialement sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Modérateur :

P[r] John Gilbert,
Université de la Colombie-Britannique

Participants :

D[r] Scott Sinclair,
Centre canadien de politiques alternatives

D[re] Marina Morrow,
Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

D[r] Ronald Labonté,
faculté de santé communautaire et d'épidémiologie, Université de la Saskatchewan

D[re] Susan Harris,
faculté de médecine et école des sciences de la réadaptation, Université de la Colombie-Britannique

D[r] Robert Evans,
département d'économie et Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique

D[r] Jerry Spiegel,
Institute for the Study of Global Issues

Le Dialogue sur les politiques a débuté par une présentation vidéo qui a contribué à replacer la question de la mondialisation en contexte :

« Même si l'on ne dispose pas encore de toutes les preuves, on s'entend généralement pour dire que la mondialisation aura des conséquences pour notre système de soins de santé, un peu comme elle en a eu pour l'économie et le commerce internationaux. Toutefois, il est difficile d'évaluer actuellement l'ampleur de ces conséquences possibles, ou encore l'influence, négative ou positive, de la mondialisation sur notre système de soins de santé. Les conséquences négatives, comme l'arrivée de maladies étrangères, ne sont certainement pas les bienvenues. Cependant, nous profitons de traitements médicaux mis au point à l'étranger. En général, du moins jusqu'à maintenant, notre système de soins de santé est resté intact et inchangé par la mondialisation. La plupart des Canadiens se font traiter au Canada et rares sont les « touristes de la santé » qui viennent se faire traiter au Canada. La propriété étrangère de nos entreprises médicales est, elle aussi, hors norme.

La situation pourrait toutefois changer, car les accords commerciaux exercent une influence croissante sur les politiques publiques. L'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) en sont des exemples manifestes. Même si aucun des deux accords ne vise spécifiquement le système de santé du Canada, financé par le secteur public, les deux pourraient finir par l'influencer. Qu'en disent les experts? Bien des choses, c'est certain, mais ils ne s'entendent toutefois pas du tout sur la nature et l'envergure de ces répercussions. Nous devrions voir si les discussions de ce soir peuvent mener à un certain consensus. » (traduction libre)

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a rédigé un document d'information sur la mondialisation soulignant trois plans d'action possibles à ce sujet. Les participants au dialogue sur les politiques ont par la suite présenté un exposé sur chacun de ces plans d'action, avant de prendre part, avec les membres de l'auditoire, à une discussion.

Premier plan d'action
Le gouvernement fédéral devrait protéger notre système public d'assurance-santé lors de toutes les négociations sur le commerce international

Exposé du D[r] Scott Sinclair

Je comprends les sentiments qui sous-tendent ce plan d'action; cependant, je crois qu'il devrait être reformulé afin de le clarifier et de le renforcer. Dire que le gouvernement fédéral devrait protéger notre système d'assurance-maladie lors de toutes les négociations sur le commerce international suppose que le système de soins de santé canadien est bien protégé en vertu des accords actuels. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Bien que le système de soins de santé soit en partie protégé contre l'influence des accords de commerce international, il demeure vulnérable dans certains domaines importants. Cette vulnérabilité augmentera sensiblement si l'on continue de faire fi de la commercialisation des soins de santé au Canada. En outre, en faisant référence à notre système « public » d'assurance-maladie, on relaie un point essentiel au second plan : le système canadien est en fait un système mixte. Le défi consiste à s'assurer que la capacité des gouvernements à régir directement l'ensemble de notre système de soins de santé, dont ses composantes publiques, ainsi que privées avec et sans but lucratif, est pleinement protégée. Les gouvernements doivent pouvoir apporter toute modification sans craindre de s'empêtrer dans les sanctions et différends commerciaux.

Je propose que l'on reformule la proposition ainsi : « le gouvernement fédéral devrait s'assurer que le système de soins de santé canadien est entièrement exonéré en vertu des accords de commerce international actuels et lors des négociations futures sur le commerce international ». Il existe par ailleurs une incompatibilité fondamentale entre les préceptes inhérents au système de soins de santé canadien et les tout derniers accords de commerce international. Ces accords sont conçus pour favoriser la libéralisation de la circulation des biens, mais aussi des services et des investissements, facilitant ainsi les affaires internationales en restreignant et réorientant le pouvoir de réglementation des gouvernements. Ces tendances de commercialisation entrent en conflit avec la raison d'être publique fondamentale de l'assurance-maladie au Canada : la prestation de soins de santé à tous, en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer. Ce conflit de principes pourrait fragiliser le système de santé actuel du Canada et en miner la réforme future.

Je vais maintenant présenter quelques exemples de frictions entre les règles de droit immuables des accords de commerce et les priorités en matière de soins de santé. Les règlements liés à la propriété intellectuelle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), ou ADPIC, exigent la protection d'un brevet de façon monopoliste pendant au moins 20 ans. De nombreux intervenants en santé sont convaincus que ce lourd système de propriété intellectuelle fait monter le coût des médicaments et qu'il limite l'accessibilité à des médicaments abordables dans le cas d'urgences, comme une pandémie de VIH. En deuxième exemple, en 1994, les négociateurs canadiens ont inclus, de façon inexplicable, l'assurance-maladie dans l'accord de l'OMC sur les services, l'AGCS. Par conséquent, si le Canada élargit la couverture du régime public d'assurance-maladie à de nouveaux domaines, il pourrait devoir répondre à des plaintes des États-Unis et de l'Europe en vertu de l'AGCS, selon quoi on n'a pas accordé à leurs assureurs privés l'accès au marché canadien.

L'une des menaces les plus graves est probablement que, une fois que les investisseurs américains auront pris pied dans le système de soins de santé canadien, les règlements en matière

d'investissement de l'ALENA compliqueront tout retour en arrière quant à la commercialisation et en augmenteront les coûts. L'ALENA permet à l'investisseur américain d'engager directement des poursuites devant un tribunal de l'ALENA ayant le pouvoir d'accorder des dommages pécuniaires contre des mesures d'un gouvernement qui auraient contribué à l'expropriation de leur investissement. De plus, les règlements sévères de l'ALENA en matière d'expropriation s'appliquent intégralement au domaine des soins de santé au Canada.

Le système de soins de santé canadien n'est pas entièrement exempté des obligations actuelles en matière de commerce international. Le gouvernement fédéral doit améliorer de façon importante ses efforts de protection des soins de santé en vertu des accords actuels et, bien entendu, lors de toutes les négociations, comme celles en cours à propos de l'AGCS pour une zone de libre-échange dans les Amériques. Cela demandera des modifications aux accords internationaux existants et une protection plus efficace pour tout accord à venir. En raison de cette exposition, les Canadiens doivent en outre être très vigilants afin de prévenir l'augmentation de la commercialisation de notre système de soins de santé. Une participation importante d'investisseurs étrangers dans notre système de soins de santé entraînerait de nouvelles obligations en vertu des accords de commerce qui compliqueraient davantage tout retour en arrière quant à la commercialisation et toute réforme de notre système de soins de santé.

Exposé de la D^re^ Marina Morrow

Les politiciens canadiens répètent sans cesse à la population qu'ils ne mettront pas de services sociaux essentiels comme la santé et l'éducation sur la table des négociations. Mais ces mêmes politiciens expriment aussi continuellement leur appui à la libéralisation du commerce afin de créer un milieu concurrentiel sur le plan économique. Ils ont travaillé énergiquement à des politiques nationales pour faciliter tout cela, grâce à une restructuration économique ayant entraîné des compressions dans la santé et d'autres services sociaux, par exemple. Cela a eu pour résultat d'accroître la privatisation des services de santé qui ne sont pas compris dans la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que la décentralisation des pouvoirs du gouvernement fédéral, la déréglementation et les réductions d'impôt. Ces points de vue contradictoires ont fait l'objet de débats et de critiques de la part des personnes préoccupées par l'érosion des services sociaux au Canada.

Ce qui manque souvent à ce débat, c'est une analyse selon le sexe tenant compte des façons dont les accords sur le commerce international et les grandes orientations du Canada influent de manière disproportionnée sur les femmes. Je souhaite souligner trois points essentiels : premièrement, la libéralisation du commerce et les soins de santé sont des questions qui touchent les femmes. Deuxièmement, la participation du Canada à l'AGCS et à l'ALENA représente un risque pour les services publics et aura des conséquences disproportionnées sur les femmes. Troisièmement, l'utilisation responsable des preuves voulant que la libéralisation du commerce ait des effets néfastes sur les femmes, ainsi que les engagements du Canada en matière d'égalité des sexes et la protection et l'amélioration de la *Loi canadienne sur la santé*, sont des stratégies clés dans le maintien du système de soins de santé public canadien.

La libéralisation du commerce se produit dans les iniquités sociales existantes, nationales et internationales, et en fait donc partie. Ainsi, elle a des conséquences différentes selon le sexe, et des répercussions précises pour les femmes. Les femmes représentent 80 % des prestateurs payés et bénévoles de soins de santé primaires. Les femmes composent la majorité des bénéficiaires de soins de santé, et leur taux de morbidité est plus élevé que celui des hommes.

Les femmes deviennent plus nombreuses que les hommes en vieillissant; les trois quarts des personnes âgées en établissement sont des femmes. La pauvreté est répartie de façon disproportionnée entre les femmes et les hommes, plus particulièrement les femmes autochtones, âgées, monoparentales et handicapées. De plus, les femmes occupent moins de postes décisionnels en matière de soins de santé et de politiques commerciales.

Comme l'a déjà indiqué le Dr Sinclair, les services de santé ne sont pas entièrement protégés en vertu de l'AGCS et de l'ALENA. En fait, le Canada a déjà soumis l'assurance-maladie au traitement national de l'AGCS relativement aux règlements sur l'accès au marché. En vertu d'un autre article de l'AGCS, la disposition sur le pouvoir gouvernemental, les services de santé sont actuellement vulnérables aux règlements commerciaux, surtout dans des domaines comme les soins à domicile et l'assurance-médicaments, qui ne sont actuellement pas inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Dans le cas de l'ALENA, la formulation est ambiguë pour ce qui est de l'exemption des services de santé. Dans l'AGCS, les règlements d'accès au marché, entre autres, accroissent cette vulnérabilité en exposant les normes et l'agrément des établissements de soins de santé aux « critères de nécessité », au moyen desquels des normes doivent être justifiées si elles sont considérées comme des obstacles au commerce.

L'article 19, portant sur la libéralisation progressive, est peut-être la disposition de l'AGCS la plus préoccupante. Elle contraint les gouvernements à tenir des rondes de négociations successives afin de libéraliser davantage les services. Le gouvernement canadien s'est engagé à cet effet sans tenir compte du fait que la libéralisation touche les femmes et le reste de la population comme suit : les femmes bénéficient moins que les hommes de la sécurité d'emploi et occupent pour une grande part des postes à temps partiel non syndiqués. Les femmes sont le groupe le plus susceptible de ne pas pouvoir payer pour des avantages supplémentaires de soins de santé grâce à leur travail si on accroît la privatisation des coûts des soins de santé. La pratique des établissements de soins de santé d'acquérir des services en sous-traitance auprès d'entreprises à but lucratif, ou de partenariats entre les secteurs public et privé, a souvent été synonyme de salaires inférieurs pour les femmes, de mauvaises conditions de travail, ainsi que d'une diminution des droits de la personne et des avantages sociaux.

Enfin, les femmes portent le fardeau des soins. En raison des compressions dans les soins de santé, les femmes jouent de plus en plus le rôle des hôpitaux dans leur travail communautaire rémunéré et dans leur rôle bénévole de soignante. Enfin, la présence de l'OMC fait que les ministres du commerce consultent maintenant essentiellement des multinationales dans leur prise de décisions en matière de politiques commerciales, un contexte où les femmes sont incroyablement sous-représentées aux postes décisionnels. Cette tendance pourrait affaiblir les gains politiques que les femmes commencent à peine à réaliser.

Ainsi, quelles stratégies pouvons-nous adopter pour nous assurer que le Canada maintient et renforce le système de soins de santé public et son engagement par rapport à l'égalité des sexes? Premièrement, nous devons reconnaître et utiliser les preuves indiquant que la libéralisation du commerce a une incidence disproportionnée sur les femmes, de même que continuer à étudier les conséquences des accords commerciaux sur les services publics. Nous devons deuxièmement exiger une pleine transparence des gouvernements en ce qui a trait aux négociations commerciales et la participation de gens ayant des points de vue contradictoires aux négociations. Autant le pour que le contre de la libéralisation du commerce doivent être bien compris avant qu'on ne prenne des décisions. Troisièmement, nous devons protéger la *Loi canadienne sur la santé* et élargir ses valeurs inhérentes de façon à inclure les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Quatrièmement, le gouvernement canadien doit protéger tous les

services du secteur public. Pour ce qui est de l'AGCS, on peut le faire, entre autres, en réinterprétant ou en modifiant les articles 1 à 3 pour qu'ils se définissent eux-mêmes – les gouvernements devraient pouvoir exclure ce qu'ils veulent afin de renforcer le système public. Enfin, nous devons exiger que le gouvernement canadien respecte ses engagements nationaux et internationaux en matière d'égalité des sexes dans le monde entier.

Les arguments en faveur d'un accroissement de la libéralisation du commerce et de la privatisation reposent souvent sur le postulat, erroné, que la croissance économique est synonyme d'une amélioration des soins de santé et de l'accès à ceux-ci, et que les échanges novateurs de technologie et de savoir-faire en santé ne peuvent se produire qu'au sein d'un système privatisé. J'aimerais que la Commission considère les preuves existantes illustrant le fait que la privatisation mine les normes du travail et en matière de soins de santé, ghettoïse davantage des travailleuses déjà marginalisées et représente un risque pour la santé de la population, plus particulièrement des femmes et des enfants. En renforçant les engagements envers la *Loi canadienne sur la santé* et l'égalité des sexes, le Canada peut améliorer son image de chef de file mondial en matière de soins de santé de qualité et universels.

Discussion entre les experts et le public

Les participants ont reconnu que les mécanismes par lesquels la libéralisation du commerce mène à la privatisation ne sont pas toujours bien définis ni explicites. L'une des conséquences importantes est de limiter les pouvoirs d'établissement de politiques des gouvernements nationaux qui redistribuent les richesses et s'assurent que les programmes publics peuvent être maintenus. Bob Evans a également levé le voile sur la façon systématique dont on définit le mot « privé » dans les accords de commerce, plaçant le médecin canadien autonome, exerçant en pratique privée et ne rendant compte qu'à lui-même, sur le même pied que les énormes corporations hospitalières américaines devant rendre compte à leurs actionnaires et aux marchés financiers. Tandis que les profits sont le principal objectif, peut-être même le seul, de ces dernières, le médecin exerçant au Canada a aussi d'autres objectifs, soit par rapport à la santé du malade.

« Il est extrêmement important que, lorsque l'on régit un système national de soins de santé, on soit capable de faire de fines distinctions quant au prestateur des soins, au cadre de réglementation et aux modalités en vigueur. Aucune de ces distinctions n'est reconnue dans les accords de l'OMC.* » (traduction libre) – *Robert Evans

L'arrivée progressive des entreprises à but lucratif dans les systèmes de soins de santé place leur direction dans une position impossible : elles doivent continuellement générer des profits, tout en maintenant un système de soins de santé efficace.

Il ne faut pas limiter nos options stratégiques actuelles et à venir

Les participants ont insisté sur le besoin de revoir nos accords de commerce rapidement, avant que les investisseurs étrangers n'occupent une place accrue dans notre système de soins de santé. Les exemptions que contient l'ALENA comprennent bien les mesures gouvernementales relatives à certains services sociaux, dont la santé, tant que leur objet est public, mais elles ne s'appliquent pas aux dispositions de protection ou d'expropriation des investissements de l'ALENA. Ainsi, le Dr Sinclair est préoccupé par la possibilité que les investissements américains empêchent, ou rendent très coûteux, une décommercialisation des soins de santé au Canada, si on décidait un jour de reconsidérer les politiques. Les compagnies offrant l'assurance-médicaments et l'assurance pour les soins à domicile profitant d'investissements américains

pourraient recourir à l'ALENA si le gouvernement décidait de les rendre publiques.

> ***« Si les investissements étrangers s'établissent plus fermement, je crois que nous pouvons nous attendre à ce que les mesures gouvernementales visant à élargir la portée du système de soins de santé aux soins à domicile ou à d'autres domaines puissent causer des litiges relativement au commerce. »*** **(traduction libre) – *Scott Sinclair***

Plusieurs participants croient qu'il faut discuter, à l'échelle nationale, des changements importants de paradigmes relativement à la prestation des soins de santé au Canada, que ce soit les soins de santé primaires, les soins axés sur les femmes ou la prévention, et que la libéralisation du commerce dans les soins de santé limiterait les possibilités de notre système et enracinerait encore davantage une approche des soins de santé patriarcale et axée sur le produit. Bob Evans s'est demandé si la mondialisation n'avait pas déjà limité notre perception des possibilités de réforme, en comparaison avec ce qui nous semblait possible il y a cinq ou dix ans.

La suggestion de travailler avec d'autres pays utilisant un système de soins de santé public à une entente sur la santé visant à préserver des services qui pourraient autrement être vulnérables à des dispositions de l'AGCS ou de l'ALENA a intéressé plusieurs participants. Il pourrait y avoir quelques avantages à prendre une position collective visant à préserver le type de système que le Canada et d'autres pays souhaitent maintenir, et à la présenter lors de séances de négociations commerciales. On utilise ce type de stratégie à long terme afin de concevoir un outil international permettant de reconnaître l'importance de la diversité culturelle dans les accords de commerce.

Préoccupations particulières

Plusieurs membres de l'auditoire sont inquiets du fait que les accords de commerce international pourraient mettre en péril le contrôle du Canada sur les processus d'approbation des médicaments ou encore pénaliser le Canada pour des délais supérieurs à la moyenne dans l'approbation de nouveaux médicaments. On a décrit cet aspect comme un nouveau domaine dans les accords de commerce, en vigueur depuis le milieu des années 90 seulement, qui n'a pas encore eu de conséquences importantes, mais qui pourrait éventuellement avoir une incidence.

L'afflux du marketing télévisé américain s'adressant directement au patient a été mentionné comme l'un des domaines où le contrôle en matière de politique échappe au Canada : cette forme de publicité sur les médicaments est toujours interdite, mais on ne peut appliquer ce règlement à ce que les réseaux américains diffusent de notre côté de la frontière.

Pour ce qui est de la prévention des maladies, le Canada est déjà limité dans ses efforts de lutte contre le tabagisme en raison de règlements limitant la capacité du pays à contrôler la publicité, qui est définie comme un service ne pouvant être protégé. La salubrité des aliments est un autre domaine où se heurtent la protection de la santé et les négociations commerciales. Comme l'a dit le D[r] Ronald Labonté, « nous ne sommes pas encore parvenus à comprendre, à l'échelle internationale, le type de structure dont nous avons besoin pour allier le type de vérification des aspects de la mondialisation liés aux guerres économiques aux obligations sociales et environnementales de rechange » (traduction libre).

On s'est également dit préoccupé par le fait que les accords de commerce international impliquant l'harmonisation des normes ont tendance à converger sur les normes qui sont les moins contraignantes pour le commerce. On ne sait toujours pas qui serait responsable d'imposer, grâce à des tests ou à de la surveillance, les normes plus rigoureuses qu'un pays

voudrait appliquer.

Quant à la perspective d'accroître les occasions, pour les établissements de santé canadiens, d'attirer des malades d'autres pays – on a fait le parallèle avec les universités canadiennes –, et plus spécialement des États-Unis, les participants ont déclaré que, d'abord, seules les personnes qui peuvent payer pour des soins de santé aux États-Unis pourraient être capables de payer pour ces soins au Canada; il n'y aurait donc aucun avantage pour les Américains mal servis. En outre, le système canadien est dans une situation telle que l'offre de services à des marchés en ayant davantage les moyens limiterait l'accès aux soins par les Canadiens.

> ***« Si l'on pouvait montrer que les universités financées par l'État limitent l'accès aux étudiants canadiens pour se concentrer sur des marchés plus lucratifs à l'étranger, je crois que l'on disposerait de l'argument idéal pour les en empêcher. »*** **(traduction libre) –** ***Robert Evans***

Bien que nombre des engagements du Canada, en vertu des accords de commerce actuels, n'aient pas encore été éprouvés en ce qui a trait aux soins de santé, les participants ont exprimé catégoriquement le besoin d'agir maintenant afin de préserver les options stratégiques que nous envisageons en ce moment ou que nous pourrions un jour considérer.

Deuxième plan d'action
Si un patient se rend à l'étranger pour obtenir un service de santé qui n'est pas disponible au Canada, ou qui n'est pas disponible rapidement, les gouvernements devraient payer le traitement

Exposé du D[r] Ronald Labonté
Il s'agit pratiquement d'une question à tirer à la courte paille, car la Commission affirme dans son document d'information, de façon plutôt raisonnable, que nous avons déjà un bon système en place. Notre système offre une indemnité aux gens qui ont besoin de soins médicaux spécialisés ou rapidement, ce qui est géré de façon contrôlée et responsable sur le plan financier, plutôt que des gens choisissent, bon gré mal gré, un certain type de soins de santé aux États-Unis ou en Inde et s'attendent à ce que le régime d'assurance-maladie provincial paie pour ces soins. Le système n'est pas parfait et les litiges quant à ce que les régimes provinciaux doivent couvrir sont constants, ainsi qu'à ce qu'un médecin recommande et ce à quoi le malade croit avoir droit. Toutefois, je ne suis pas persuadé que le fait de s'ouvrir au deuxième mode de l'AGCS, qui est axé sur l'augmentation de la consommation à l'étranger, résoudra ce problème précis. De plus, il pourrait même l'empirer.

Le Canada ne s'est pas encore engagé à accroître la capacité des gens à se procurer des services à l'étranger dans les négociations de l'AGCS, mais on ne sait jamais ce qui peut se produire dans les changements de cap des rondes de négociations. L'argument en faveur de l'ouverture du Canada relativement au mouvement transfrontalier de patients vers des services à l'étranger est que, ainsi, on n'a pas à payer les coûts initiaux liés à la construction d'établissements importants au Canada; on peut tout simplement profiter des établissements existants dans les autres pays. Cela signifie surtout que nous profiterions du système de soins de santé fort inéquitable des États-Unis et de son nombre peu élevé de lits et du surplus inefficace d'établissements de diagnostic. Ce pourrait être une solution à court terme pour les Canadiens, mais en quoi cela aide-t-il tous les Américains qui ne sont pas assurés et qui n'ont eux-mêmes pas accès aux services?

Le principal argument en faveur d'une consommation accrue de services à l'étranger est que l'on peut atteindre une économie d'échelle pour des procédures rares et coûteuses, et ce, en concentrant ces procédures dans les centres où le revenu moyen est plus élevé et où la population est plus dense. Dans le cas d'un problème rare, il faut concentrer le traitement à un endroit où il est logique économiquement de l'offrir. Nous pouvons cependant agir ainsi sans encourager la consommation de services à l'étranger.

On fournit aussi comme motif que la libéralisation du commerce et des services à l'étranger peut nous permettre d'économiser en utilisant des services dans des pays en développement. Dans le document d'information de la Commission, on donne comme exemple qu'une transplantation de foie en Inde coûte dix fois moins cher qu'aux États-Unis. Le principal problème que je constate dans cette approche est que, en mettant sur pied ces hôpitaux privés spéciaux pour les touristes de la santé, l'Inde retire des médecins et infirmières de leurs systèmes de santé publics, ou même de leurs systèmes de santé privés, qui sont beaucoup plus abordables pour la population indienne. Cette situation touche aussi d'autres pays en développement. Le Canada est signataire de nombre de déclarations internationales, comme la Déclaration sur les droits de l'homme des Nations Unies, qui garantit entre autres le droit à la santé. Donc, en participant à un système qui finit par priver d'autres gens de l'accès à la santé ou aux soins de santé dans le but de régler notre problème, à quel point agissons-nous à l'encontre de certaines

des obligations et déclarations des traités internationaux dont nous sommes signataires?

Nous pourrions décider dès le départ de nous procurer des services à l'étranger, mais seulement par l'intermédiaire d'une assurance-maladie privée. Mais, bien entendu, nous minerions alors davantage le système public en augmentant le financement et la prestation privés des soins de santé. Cela exposerait encore davantage ce qui reste de ce système public aux litiges relatifs au commerce, comme l'a souligné le D[r] Sinclair, et permettrait aux riches de contourner encore plus que maintenant les listes d'attente.

Exposé de la D[re] Susan Harris

Je m'adresserai à vous en tant que citoyenne canadienne et américaine, en tant que prestatrice et consommatrice de soins de santé. En 1965, alors que j'étais élève de 12[e] année, j'ai participé à un débat au nom de mon école secondaire aux États-Unis. J'étais en faveur de la question ayant suscité cette année-là un débat national : la socialisation du système de soins de santé américain. Comprenant, 25 ans plus tard, que cette question ne menait à rien aux États-Unis, je suis déménagée au Canada en 1990, en tant que femme de 42 ans en santé et en forme. Comme j'ai émigré des États-Unis, la question la plus fréquente que m'ont posé mes collègues du Sud était : « Alors, comment te traite le système de soins de santé canadien? J'ai entendu dire que les périodes d'attente sont très longues ». Et je répondais : « C'est un système merveilleux. Même si je paie énormément d'impôt, je crois que les soins de santé devraient être un droit universel. De plus, quand notre cas est important, on n'a pas à attendre ».

Quatre ans plus tard, on a établi que j'avais un cancer du sein. Il a fallu un mois long et atroce avant d'effectuer tout le processus de diagnostic et de confirmer que la tumeur était maligne, puis dix jours supplémentaires pour que la chirurgie soit effectuée. Vous pourrez deviner toute l'horreur que j'ai éprouvée quand, trois semaines après la chirurgie, mon oncologue m'a dit que je devrais attendre six semaines de plus pour commencer la radiothérapie. Bien qu'il ait cité des études affirmant qu'il n'était pas dangereux d'attendre de quatre à huit semaines après la chirurgie avant de commencer les traitements, il ne pouvait en citer aucune disant qu'il n'était pas dangereux d'attendre neuf semaines. J'ai donc choisi de faire le trajet de 160 kilomètres de Vancouver à Bellingham, dans l'état de Washington. J'ai dû le faire 25 jours ouvrables consécutifs. Bien que la Colombie-Britannique paie pour la radiothérapie, on ne couvrait pas le coût de l'essence ni les cinq semaines de travail perdues.

L'un des arguments en faveur du paiement des traitements à l'étranger veut que les consommateurs de soins de santé souhaitent avoir davantage d'occasions de bénéficier des soins dont ils ont besoin. Il ne s'agit pas ici de chirurgie esthétique, mais de radiothérapie, un traitement qui sauve des vies et que le patient doit recevoir dans un délai raisonnable et sûr. Les « soins axés sur le client » est un concept que nous enseignons à nos étudiants de premier cycle en réadaptation, et il s'agit d'une valeur que j'avais à cœur bien avant de devenir une cliente à mon tour. Un élément essentiel des soins axés sur le client est la prise d'une décision informée par le client. Par conséquent, un modèle axé sur le client comprendrait l'option de voyager à l'étranger pour recevoir des soins de santé qui ne sont pas accessibles en temps opportun au Canada. Un autre terme fort populaire en ce moment dans les soins de santé est la « pratique fondée sur des données probantes ». Bien que mon oncologue ait pu citer des données indiquant que le fait d'attendre jusqu'à huit semaines pour commencer la radiothérapie ne diminuerait pas ma durée de vie ni n'augmenterait le risque de récurrence, aucune preuve ne démontrait à l'époque qu'il était sûr ou prudent d'attendre encore davantage.

L'un des arguments contre ce concept est que l'assurance-maladie paie déjà pour certains services reçus à l'étranger, d'une façon contrôlée et responsable sur le plan financier. J'utiliserai de nouveau ma propre expérience en la matière pour illustrer cet argument. En 1998, on a diagnostiqué un deuxième cancer du sein, beaucoup plus grave que le premier. Si j'avais toujours vécu aux États-Unis, où l'université pour laquelle je travaillais offrait une assurance-maladie, on m'aurait offert de la chimiothérapie à fortes doses, en plus d'une greffe de cellules souches, parce que mes ganglions lymphatiques étaient atteints. Des amis et collègues américains dont les cas de cancer du sein étaient moins graves que le mien suivaient généralement ce traitement coûteux, d'environ 100 000 $US par année par traitement. Au Canada, à l'époque, les greffes de cellules souches n'étaient offertes que dans le cadre d'essais cliniques, en Alberta. La raison de tout cela était qu'il n'y avait pas encore de preuve ferme que ce traitement prolonge la vie des femmes ayant un cancer du sein et dont les ganglions lymphatiques sont atteints. En tant que chercheure et praticienne se fondant sur des données probantes, je serais bien tentée de croire en cet argument, bien que je soupçonne que le coût de la procédure était une autre raison pour laquelle elle n'était pas offerte au Canada. J'ai tout de même vu des collègues américains suivre ce traitement, et je me suis demandé si je n'aurais pas mieux fait de rester aux États-Unis. Puis, en mai 2000, une série d'études ont été présentées lors d'un congrès annuel sur l'oncologie, montrant que la greffe de cellules souches n'avait aucun avantage quant à la durée de vie d'une femme atteinte de cancer du sein. Je crois donc que les responsables du système de soins de santé canadien ont agi de façon contrôlée et responsable sur le plan financier, et en fonction des données probantes, en n'offrant les greffes de cellules souches que dans le cadre d'essais cliniques.

Discussion entre les experts et le public

Robert Evans n'était pas de l'avis de Ronald Labonté, selon qui le recours excessif aux services américains priverait de soins de santé des Américains défavorisés. « Le fait qu'il y a surcapacité indique que l'on limite déjà l'accès », a-t-il déclaré. Nous devons cependant décider si nous voulons soutenir le tourisme en santé vers des pays en développement, ce qui minerait leur système de santé, déjà inadéquat. Le D[r] Scott Sinclair a souligné que la consommation de services à l'étranger, soit lorsqu'un patient se procure un service de santé dans un autre pays, est régie comme une question commerciale selon les règlements commerciaux de l'AGCS et le chapitre sur les services de l'ALENA; cependant, une politique commerciale ne devrait pas fournir le pouvoir de traiter des problèmes éthiques liés au tourisme en santé. Robert Evans a également fait le lien entre le vocabulaire et la question. Les patients sont des gens qui souffrent de maladie, se blessent ou ont des besoins en matière de santé. Les consommateurs sont des personnes qui ont de l'argent; les marchés privés satisfont les intérêts des consommateurs.

> ***« Notre loi actuelle sur la santé nous permet d'aller suivre un traitement à l'étranger. Mais, selon ce que j'ai vécu en Colombie-Britannique, c'est une expérience très kafkaïenne. Ma femme a eu besoin d'un traitement qui n'était pas offert au Canada. Ses médecins ont fait parvenir des lettres et de la documentation à notre gouvernement provincial, demandant qu'on lui permette d'être traitée dans une clinique de San Francisco. Nous attendons depuis maintenant un an, nous rendant à San Francisco à nos frais, sans aucune réponse de notre gouvernement provincial. Il y a un service de réponse automatique en guise de réponse, et on ne peut parler à personne après le message. »* (traduction libre) – *membre de l'auditoire***

Les participants ont reconnu que le système actuel de remboursement pour les Canadiens ayant reçu des soins à l'étranger pose problème, mais Ronald Labonté a insisté pour dire que la solution n'était pas d'ouvrir nos frontières en vertu d'accords sur le commerce. « Nos pouvoirs publics doivent offrir un système réagissant mieux pour traiter de certains problèmes d'accès », ajoute-t-il. Bob Evans a proposé que le gouvernement fédéral augmente ses efforts visant à maintenir les normes relatives aux périodes d'attente et à l'accès au traitement à l'étranger.

Troisième plan d'action
Le gouvernement fédéral devrait négocier la libre circulation des professionnels de la santé dans les accords commerciaux internationaux

Exposé du D[r] Robert Evans

Cette proposition vient embrouiller le concept de la mondialisation comme moyen de contact et comme changement de la structure de réglementation. L'aspect « contact » de la mondialisation a toujours été là, de l'épidémie de peste bubonique à l'arrivée du virus du Nil occidental, à la diffusion de nouveaux médicaments, techniques de chirurgie et de connaissances en général. Mais ce n'est pas de cet aspect-là qu'il s'agit.

Nous parlons ici du fait que l'ALENA et l'AGCS ont déjà énormément élargi l'influence d'entreprises privées sur les politiques publiques ainsi que les droits des organismes privés, plus particulièrement ceux à but lucratif, et limité en conséquence la portée des mesures gouvernementales.

Lorsqu'on pense à la mobilité du personnel dans ce contexte, on remarque que les médecins canadiens quittent le Canada d'aussi loin que l'on puisse se rappeler. Ils dérivent vers les États-Unis au gré des marées. Il est tout aussi vrai que, depuis des lustres, des gens tentent s'établir au Canada, ce que nous avons tantôt encouragé, tantôt dissuadé, selon le goût du jour. Peu importe quelles décisions on prend aujourd'hui quant au bien-fondé de faire venir des médecins étrangers au Canada, pourquoi voudrait-on limiter les options en soulevant cette question dans les négociations, surtout lorsqu'on risque de se retrouver avec absolument aucun contrôle sur leurs qualifications.

Exposé du D[r] Jerry Spiegel

L'équité en matière de santé est une valeur qu'ont à cœur les Canadiens qui se soucient du maintien d'un accès universel aux soins de santé fondé sur les besoins médicaux plutôt que la capacité de payer. Nous avons aussi un engagement à honorer envers le concept de village planétaire, de façon à ce que, quand nous cherchons un remède, nous devrions non seulement chercher des façons de ne pas nuire aux Canadiens, mais aussi se pencher sur les conséquences de nos gestes pour ceux qui souffrent, un peu partout sur le globe. La mondialisation peut vraiment être un avantage et un inconvénient. Grâce aux nouvelles technologies, il est de plus en plus facile d'échanger des renseignements. Mais, si cette interconnectivité mondiale accrue n'entraîne que l'exacerbation des disparités, ceux dans le besoin comprendront-ils les avantages possibles? Est-ce que cela entraînera un accès disproportionné pour ceux qui en ont les moyens aux talents et aux compétences?

Je suis on ne peut plus inquiet par rapport à l'idée de faciliter encore davantage la libre circulation des professionnels de la santé, un point qui n'est pas abordé en détail dans les accords de commerce dont nous avons parlé. La libre circulation inconditionnelle des médecins, dans un contexte de disparités mondiales, a entraîné ce que certains ont appelé un « carrousel médical », les médecins de pays en développement plus pauvres, comme l'Ouganda, sont partis pour l'Afrique du Sud. Des médecins pakistanais sont partis pour le Royaume-Uni. Puis, des médecins du Royaume-Uni ou d'Afrique du Sud sont venus au Canada. Les médecins canadiens se sont ensuite tournés vers les États-Unis. L'Afrique du Sud a certes bénéficié de la relocalisation des praticiens, contrairement à des situations plus difficiles, comme en Zambie, où l'on estime les besoins à 1 500 médecins, alors que seulement 800 sont enregistrés. L'école de médecine de Lusaka, la capitale, a bien formé plus de 600 Zambiens, mais seulement 50 travaillent

actuellement au sein du service de santé public national.

En fait, les principaux arguments qui nous inciteraient à promouvoir la migration des ressources médicales vont manifestement contre l'éthique. Nous profiterions d'investissements faits ailleurs dans le but d'obtenir des praticiens compétents et de ne pas se retrouver en pénurie. Dans la Déclaration de Durban, au deuxième rassemblement mondial sur la santé en 1997, on a demandé aux nations qui recrutaient des médecins dans les pays moins nantis de revoir l'incidence de leurs politiques sur ces pays défavorisés. Globalement, nous avons besoin d'un code de déontologie plus clair, avant même de se pencher sur les mesures pour favoriser la migration des ressources médicales. Il y a plusieurs exemples de ce genre, comme l'entente entre le Royaume-Uni et le Ghana selon laquelle le Royaume-Uni ne peut employer des infirmières du Ghana que pour des périodes données et seulement dans les spécialités approuvées par ce dernier.

Manifestement, si nous devions aller de l'avant avec une stratégie tenant compte de l'incidence de nos gestes sur la capacité des autres pays à répondre à leurs besoins, nous devrions mieux développer les ressources humaines dont nous avons besoin pour ici et éviter de piger dans les ressources des pays où les besoins sont évidents, mais les ressources, rares. Toutefois, si nous en venions à une situation où ces écarts seraient grandement réduits, nous pourrions véritablement être en mesure de favoriser les échanges de ressources humaines sans devoir se soucier de ces préoccupations.

Discussion entre les experts et le public

Ronald Labonté a insisté pour dire que la mondialisation n'est pas seulement une question d'accords de commerce, mais aussi de notre rôle au Canada, en tant que citoyens du monde, et ce que cela signifie par rapport à la redistribution de la richesse. Même si on ne va pas chercher de professionnels de la santé ailleurs, il faut bien se rendre compte que certains ne peuvent même pas travailler dans les pays en développement parce qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour soutenir un système de soins de santé public.

La migration du personnel médical affecte directement les pays en développement. Ronald Labonté a cité une source estimant qu'il en coûte 500 millions de dollars par année pour former ces professionnels de la santé, des investissements perdus quand ils partent pour les pays nordiques, et qui correspondent à 25 % du budget global d'aide au développement financé par les pays riches pour aider les plus pauvres à payer pour leur système de soins de santé.

Tous les participants étaient d'avis qu'il ne s'agissait pas de savoir si l'on doit ou non importer des médecins, mais plutôt si l'on doit protéger notre capacité à prendre des décisions à cet effet, tant maintenant que plus tard. L'inclusion des professionnels de la santé dans les accords de commerce nous dépouillerait de notre pouvoir décisionnel dans ce domaine. C'est l'OMC qui nous dicterait les politiques à adopter. Il ne serait plus de notre ressort de décider non seulement de ce qui est bon pour le pays, mais de ce que nous souhaitons faire à titre de citoyens du monde par rapport à l'invitation de professionnels de la santé provenant de pays en développement.

Aucun des participants n'a nié les nombreux avantages que l'on peut tirer de la migration des professionnels de la santé, plus particulièrement de ceux formés à l'étranger, pour apprendre d'autres pratiques, mais ils voulaient tous préserver le droit du Canada à concevoir ses politiques comme il les entend dans ce domaine. « Peu importe le mérite d'une décision politique donnée portant sur la migration des professionnels de la santé, on ne devrait pas en discuter à la table des négociations commerciales internationales », a déclaré le D[r] Sinclair. Les participants étaient

également d'avis que les valeurs liées aux soins de santé, c'est-à-dire agir dans l'intérêt de la population, et celles de l'OMC, soit agir dans l'intérêt des entreprises à but lucratif, sont de nature incompatible.

> ***« Il est temps de revoir nos convictions que des mécanismes de marché libre ne correspondent pas au tissu du système de santé canadien. Ce sont des valeurs dont les accords de commerce visent la promotion, et cela s'avère un mode de réglementation inadéquat pour quelque chose comme les soins de santé. »*** **(traduction libre)** – ***D[r] Scott Sinclair***

Conclusions

Les participants ont reconnu que le système de soins de santé canadien n'est pas entièrement protégé en vertu des accords de commerce et que, ainsi, le premier plan d'action devrait être renforcé afin d'inclure des dispositions qui exemptent plus particulièrement les soins de santé des accords actuels. Dans les accords de commerce, tout comme dans les services transfrontaliers pour les Canadiens et la mobilité des professionnels de la santé, les participants étaient avant tout préoccupés par le maintien de la capacité du gouvernement à modifier sa politique nationale comme il le souhaite, tant aujourd'hui que demain.

Le D[r] Scott Sinclair a argué que les soins de santé canadiens sont déjà exposés à la force des accords de commerce et que, pour garder nos options de réforme pour l'avenir, le gouvernement doit apporter les changements nécessaires aux accords en vigueur et s'assurer que le système de soins de santé canadien est complètement exonéré des accords de commerce internationaux en vigueur et qu'il le demeurera dans toute négociation éventuelle. Donc, tant que cela ne sera pas clarifié, le D[r] Sinclair croit que nous devrions interrompre toute commercialisation de notre système de santé et ainsi minimiser notre exposition aux sanctions commerciales.

La D[re] Rena Merle a abordé la protection des soins de santé publics dans les accords de commerce du point de vue de la femme. Les femmes sont extrêmement nombreuses à prodiguer des soins primaires, aux patients ayant besoin de soins et aux personnes socialement démunies, tant professionnellement que bénévolement. Elle était également d'avis que l'on devait faire une proposition pour aller beaucoup plus loin, demander au gouvernement de faire preuve de transparence dans les négociations, d'inclure les soins à domicile et l'assurance-médicaments dans la *Loi canadienne sur la santé* afin de les protéger des empiètements commerciaux, puis de modifier l'AGCS pour permettre au gouvernement de définir par lui-même ce qui sera exclu de la politique, et ce, afin de renforcer les systèmes publics.

Tous les participants ont demandé au gouvernement d'ouvrir davantage les négociations des accords de commerce, tant au débat public qu'aux commentaires de ceux qui ont des connaissances bien précises des services publics. Ils ont exprimé le souhait d'avoir des exemptions efficaces et de grande portée pour tous les aspects des soins de santé à obtenir dans les négociations des accords de commerce internationaux, plus particulièrement l'accord de libéralisation du commerce, l'AGCS. L'inclusion de l'assurance-maladie faite en 1995 doit être annulée. Beaucoup étaient aussi d'avis que, en vertu des accords en vigueur, le Canada est actuellement trop vulnérable et qu'il faut freiner toute commercialisation de nos soins de santé ainsi que tout investissement étranger dans ceux-ci.

Pratiquement personne ne s'est montré en faveur de la libéralisation de l'utilisation de services de santé étrangers par des Canadiens, malgré l'impression de certains que nous devrions améliorer le système contrôlé actuel d'obtention des services au cas par cas. Ronald Labonté a affirmé que notre système de remboursement des services de santé obtenus à l'étranger était raisonnablement bon, sans toutefois favoriser le recours plus marqué à des soins à l'étranger plus qu'il n'est nécessaire. Susan Harris a puisé dans ce qu'elle a vécu par rapport au cancer du sein pour plaider en faveur d'un meilleur accès aux traitements à l'étranger quand ceux-ci ne sont pas disponibles en temps opportun au Canada. Elle a toutefois émis des réserves par rapport à l'accès à des soins qui ne sont pas encore fournis au Canada, comme les greffes de cellules souches dans le cas d'un cancer du sein où les ganglions lymphatiques sont atteints. Cela pourrait s'avérer cher et dangereux, car cette procédure (encore expérimentale au Canada) était très courante aux États-

Unis avant que l'on prouve qu'elle n'améliore pas l'espérance de vie des femmes atteintes.

Aucun participant n'a appuyé la libéralisation de la migration transfrontalière des professionnels de la santé. On constate déjà une mobilité importante; pourquoi le Canada voudrait-il renoncer à sa capacité à concevoir des politiques dans ce domaine? Robert Evans nous a avertis de ne pas confondre communication accrue avec modification des règles quand il est question de mondialisation. Il a demandé pourquoi nous travaillerions à réduire notre contrôle sur le nombre de médecins admis au Canada et leurs qualifications. Selon le D[r] Spiegel, les arguments qui inciteraient le Canada à promouvoir la migration de ressources médicales vont manifestement à l'encontre de l'éthique. Toute somme épargnée en formant un peu moins de professionnels de la santé ici est gaspillée ailleurs par un pays en développement. Il a admis les avantages d'une mobilité accrue pour le perfectionnement des compétences, mais croit que les échanges transfrontaliers devraient être faits dans un contexte de possibilités de formation et non de recrutement. Les progrès réalisés grâce à la plus grande interconnectivité planétaire ne devraient pas être strictement accessibles aux plus fortunés.